様式第1号(第5条関係)

勝央町不育症治療費助成事業助成金交付申請書

年　　月　　日

勝央町長　　様

関係書類を添えて下記のとおり勝央町不育症治療費の助成を申請します。

なお、申請に当たり、助成対象者の資格について公簿等で確認することに同意します。

記

必須要件		夫婦のいずれか一方が申請日現在、勝央町に1年以上住所を有していること。		
申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　　ー	電話番号	
申請者の配偶者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　　ー	電話番号	
婚姻年月日(届出年月日)		年　月　日　※婚姻の届出をしていない場合は記入不要です。		

マイナ保険証を所持していますか。

所持している　⇒限度額適用区分(　　)・　所持していない

①加入の医療保険について保険名を右記に記入してください。

②高額療養費以外の給付金(付加給付金)はありますか。
(必ず右記に記入の医療保険にお問合せください。)

加入医療保険名
(　　)

□ある　⇒支給額が確認できるものの写しの添付　又は　自己負担上限額(　　円)
□なし

助成金振込先										
	金融機関名	銀行・金庫・農業協同組合　　本店・支店・支所								
	口座番号(右詰め)	普通・当座								
	(フリガナ)口座名義人									

※口座名義人が、申請者以外の場合は下記にご記入ください。

私は、上記の口座名義人に不育症治療費の助成金の受領について委任します。

年　月　日　　(申請者)　氏名　　印

受診証明書金額等	金　　円　(　　回目)

添付書類

□ 勝央町不育症治療費助成事業受診証明書(様式第2号)
□ 不育症治療実施医療機関の発行する領収書及び明細書又は支払証明書の写し
(法律上婚姻をしている方)
□ 戸籍謄本
(事実婚関係にある夫婦)
□ 夫婦それぞれの戸籍抄本
□ 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
(高額療養費又は付加給付金の支給がある方)
□ 高額療養費又は付加給付の支給額が確認できる書類の写し
(マイナ保険証をお持ちでない方)
□ 限度額認定証又は加入の保険者が確認できる書類の写し(資格確認証)

窓口受付者記入欄

住民票(申請日時点)確認　：□ある　□なし	受付者：	受付印　又は　受付日

町記入欄

決定年月日	年　月　日	承認　・　不承認	
高額適用区分(○を付ける。)	ア・イ・ウ・エ・オ	付加給付金	有・無
受給者番号			
受診証明書額	円	領収書合計額	円
勝央町決定額	円	保険診療(上限30,000円)　・　自由診療(上限300,000円)	

※　他の市町村から、同種の助成金を受けている場合は、申請不可